Lane Medical Library

Phlebitis gonorrhoica.

INAUGURAL-DISSERTATION

WELCHE

ZUR ERLANGUNG DER DOCTORWÜRDE

IN DER

MEDICIN UND CHIRURGIE

MIT ZUSTIMMUNG

DER MEDICINISCHEN FACULTÄT

DER

FRIEDRICH-WILHELMS-UNIVERSITÄT ZU BERLIN

am 12. März 1904

NEBST DEN ANGEFÜGTEN THESEN

ÖFFENTLICH VERTEIDIGEN WIRD

DER VERFASSER

Friedrich Sasserath

aus Berlin

Assistenzarzt im Ulanen-Regiment Kaiser Alexander II. von Rußland (1. Brandenburgischen) Nr. 3.

OPPONENTEN:

Herr Dr. phil. Albert Sasserath.
- Dr. phil. Künne.
- Leutnant Freiherr v. Schleinitz.

BERLIN.

Universitäts-Buchdruckerei von Gustav Schade (Otto Francke)

Linienstraße 158.

Gedruckt mit Genehmigung

der

Medizinischen Fakultät der Universität Berlin.

Referent: Prof. Dr. König.

Meinen lieben Eltern.

Bei allen Krankheiten, bei welchen der Krankheitsstoff, sei es die Bakterien selbst oder die von ihnen produzierten Toxine, längere oder kürzere Zeit im Blute kreist, muß dieser mit den Gefäßwandungen sowohl vom Lumen als auch von den Vasa vasorum aus in Berührung kommen und kann so unter günstigen Bedingungen zu einer Erkrankung der Gefäßwandungen und im Anschluß daran zur Thrombenbildung führen. Andererseits ist es auch denkbar, daß durch den infektiösen oder toxischen Stoff eine Änderung der Zusammensetzung des Blutes hervorgerufen wird, welche durch Erhöhung der Gerinnungsfähigkeit zur Bildung von Thromben und von diesen aus sekundär zu Gefäßwandentzündungen führt. Die günstigsten Bedingungen für derartige Gefäßerkrankungen finden wir im Venensystem, wo der langsame und gleichmäßige Blutstrom, häufig noch durch eingefügte Klappen gestaut und unterbrochen, dem toxischen oder infektiösen Agens reichlich Gelegenheit zur Ansiedelung bietet. Und unter den Venen wiederum kommen in erster Linie die der unteren Extremitäten in Betracht, wo die zwar sehr muskelreichen Venenwandungen durch das Strömen des Blutes gegen die eigene Schwere unter ungünstigen Verhältnissen stehen und durch die an diesen Stellen auftretenden Stauungen zu allerlei Erkrankungen geneigt sind.

Mit Thrombosierung einhergehende Gefäßerkrankungen sind nun in der Tat bei einer ganzen Anzahl von akuten und chronischen Infektionskrankheiten und auch bei einer Stoffwechselerkrankung wie bei der Gicht schon seit längerer Zeit bekannt, aber nicht immer genügend beachtet worden, und ich will zunächst eine kurze Übersicht über diejenigen Infektionskrankheiten geben, bei denen Phlebitiden beobachtet worden sind ohne besonderen Hinweis auf die Literatur.

Wenn ich zunächst mit der Syphilis beginne, so ist es deshalb, weil bei dieser das Kreisen des Krankheitsgiftes in der Blutbahn in so typischer Weise durch den Eintritt der sekundären Erscheinungen mit dem allgemeinen Körperausschlag zu Tage tritt. Seitdem O. Heubner schon vor längerer Zeit die Läsionen der Arterienwand bei der Lues eingehend geschildert hat, ist in neuerer Zeit auch der luetischen Erkrankung der Venen erhöhte Aufmerksamkeit geschenkt worden, und ich möchte 2 Fälle, die Erich Hoffmann in einem am 3. 3. 1903 in der dermatologischen Gesellschaft zu Berlin gehaltenen Vortrage veröffentlicht hat, als Typ für die infektiöse Phlebitis kurz anführen.

1. Fall. Betrifft einen 36j. Bildhauer, welcher ungefähr 4 Wochen nach dem letzten Coitus einen Schanker bemerkte. Nachdem der Schanker vernarbt war, trat ca. 3 Monate nach der Infektion unter geringen Allgemeinerscheinungen ein allgemeiner Körperausschlag auf und mit ihm zugleich ein schmerzhafter Knoten in der linken Wadenmuskulatur, dicht unterhalb der Kniekehle, der ihn am Arbeiten hinderte und zum Arzt trieb. Die Untersuchung ergab neben den syphilitischen Erscheinungen einen von der Mitte der linken Wade bis zur Mitte der Kniekehle verlaufenden, kleinfingerdicken, schmerzhaften, harten, mit knotigen Auftreibungen versehenen Strang. Derselbe ist überall unter der unveränderten Haut und auf dem darunter liegenden Gewebe leicht verschieblich und entspricht genau dem Verlaufe der Vena saphena parva. Nach einer antisyphilitischen Kur ging die Schmerzhaftigkeit des Stranges bald zurück, während er noch längere Zeit stricknadeldick durchzufühlen war.

2. Fall. Betrifft einen 22j. Schiffer, welcher 14 Tage nach der Infektion einen Schanker bemerkte und nach weiteren 2 Monaten unter syphilitischen Allgemeinerscheinungen heftiges Ziehen an der rechten Wade und an der Innenseite des rechten Oberschenkels verspürte, zu denen sich nach 8 Tagen dieselben Schmerzen im linken Bein gesellten. Bei seiner Aufnahme in die Charité war neben anderen syphilitischen Erscheinungen der Befund folgender: Genau dem Verlaufe der Vena saphena magna entsprechend, fühlt man an beiden Beinen

unter der Haut einen harten Strang, von der Fossa ovalis zum Fußrücken verlaufend; derselbe ist bleistift- bis federkieldick und zeigt eine drehrunde cylindrische Form mit einigen spindelförmigen oder knotigen Auftreibungen. Im Verlaufe der rechten Vena saphena parva ein ebenso beschaffener Strang. Nach einer antisyphilitischen Kur schnelles Weichen der Schmerzen, aber Fortbestehen des harten Stranges. Den Beweis für die syphilitische Natur dieses Leidens brachte ein nach 3 Monaten eingetretenes Rezidiv derselben Venen unter gleichzeitigem Auftreten sekundärer Erscheinungen.

Bei der Lepra, die den Körper und die Blutbahn förmlich mit Bazillen überschwemmt, verdanken wir genauere Kenntnisse der Venenentzündungen Dr. Glück in Sarajewo, welcher 8 Fälle von Phlebitis leprosa sammelte und durch den bakteriellen Nachweis der Leprabazillen innerhalb und außerhalb der Zellen der Venenwandungen das Wesen der Erkrankung als einer bazillären Invasions-Phlebitis kennzeichnete. Er fand meist an den Venen der unteren Gliedmaßen, jedoch auch an denen der oberen die Äste der Venen verdickt mit zahlreichen, rosenkranzartig aneinander gereihten bis über stecknadelkopfgroßen, derben Knötchen durchsetzt.

Bei der Tuberkulose stellten Lesné und Ravaut fest, daß die im Verlaufe derselben auftretenden Venenentzündungen nicht immer als Folgen einer sekundären Infektion auftreten, sondern daß die Tuberkelbazillen selbst in den Venen haften und eine Phlebitis mit Thrombose erzeugen können. Nach Dumont nimmt die Affektion meist einen gutartigen Verlauf ohne erhebliche Schmerzen oder Störungen der Zirkulation.

Unter den akuten Infektionskrankheiten ist ja beim Typhus das Auftreten einer Phlebitis schon länger bekannt und eingehend beobachtet worden. Die Häufigkeit wird im allgemeinen auf 2—3 Proz. der Fälle geschätzt. J. M. da Costa sah unter 215 Typhusfällen 30mal d. h. 14 Proz. Phlebitiden und betont die besonders große Häufigkeit bei Soldaten, was er auf ein durch anstrengende Marschleistungen erweitertes und schädigenden Einflüssen weniger widerstandsfähiges Venensystem zurückführt. Auch beim Typhus schildert man die Venen als harte, dicke Stränge, die leicht unter der

Haut durchzufühlen sind und unter Anschwellung des betroffenen Gliedes auftreten.

Phlebitis nach Influenza beschreibt Alex Ducket in 3 Fällen, die sämtlich das linke Bein betrafen und die Vena saphena magna als harten dicken Strang durchfühlen ließen. Ähnliche Beobachtungen machte Annequin bei 2 an Influenza erkrankten Soldaten. Orlandos beschreibt einen Fall, wo ein 37j. Mann in der Influenzarekonvaleszenz starke schmerzhafte Schwellung des rechten Beines bekam mit harten Strangbildungen im Verlaufe der Vena saphena und cruralis unter gleichzeitigem Auftreten pemphigusartiger Blasen über der Haut dieser Stränge und Ödem bis zur Höhe des Nabels.

Die Malaria als Ursache der Phlebitis beschreibt Rendu in einem hoch fieberhaften Falle, der einen Offizier betraf, bei welchem unter Schüttelfrösten und schmerzhaftem Ödem erst die rechte Wade und dann der linke Oberschenkel erkrankte.

Bei Carcinoma kann das Auftreten einer Phlebitis unter Umständen zur Frühdiagnose verwertet werden. Dr. Leonhard Cane veröffentlichte einen Fall, in welchem ein bisher völlig gesunder 59j. Mann plötzlich mit Schmerzen und Anschwellung in der rechten Wade erkrankte und kurze Zeit darauf auch in der linken. Beide Venae saphenae parvae waren strickartig verhärtet durchzufühlen. Erst nach längerer Zeit war ein kleiner Tumor in der Bauchhöhle zu fühlen, der bei der Sektion als Carcinoma erkannt wurde.

Bei einer akuten Infektionskrankheit, welche man noch bis vor wenigen Jahrzehnten als ein harmloses örtliches Leiden anzusehen pflegte, bei der Gonorrhoe, möchte ich im Anschluß an eine bemerkenswerte Beobachtung aus der Universitätsklinik für Haut- und Geschlechtskrankheiten zu Berlin, die ich der Güte des Herrn Prof. Lesser verdanke, auf Grund der mir zugänglichen Literatur eine möglichst erschöpfende Darstellung der bei dieser Krankheit vorkommenden Venenentzündungen geben. Schon lange vermutete man bei Fällen von Gonorrhoe, die mit Fieber verbunden waren und von Kachexie und Anämie gefolgt waren, eine Fernwirkung der ursprünglich lokalen Harnröhrenerkran-

kung. Klarheit in diese Vermutungen brachte jedoch erst die Entdeckung des Gonococcus durch Neisser i. J. 1879. Der Nachweis der Gonococcen auf dem Endokard, auf der Pleura, in der Gelenkflüssigkeit stellte den ursächlichen Zusammenhang zwischen der Gonorrhoe mit der Endokarditis, Pleuritis, Arthritis außer Zweifel, sodaß man heutzutage einstimmig die Gonorrhoe als eine Krankheit betrachtet, die zwar lokal bleiben kann, jedoch nicht selten zu einer allgemeinen Infektion führt.

Weniger bekannt und erforscht sind jedoch die zweifellos mit der Gonorrhoe in ursächlichem Zusammenhange stehenden, sei es nun durch den Gonococcus selbst oder dessen Toxine hervorgerufenen Venenentzündungen, welche allerdings als recht selten bezeichnet werden müssen und deshalb auch die darüber in der Literatur enthaltenen Notizen sehr spärlich und kurz sind.

v. Schrötter schreibt in seiner Abhandlung über die Gefäße in Nothnagels spezieller Pathologie und Therapie: „Hauptsächlichste Ursachen der Phlebitis sind alle möglichen Eiterungen und die verschiedenen Infektionskrankheiten, besonders Variola, Typhus, Diphtherie, Influenza und selbst die Gonorrhoe."

In Caspers „Lehrbuch der Urologie" wird nur kurz bemerkt, daß Phlebitis gonorrhoica von Martel und Batut beobachtet und durch den Befund sichergestellt ist.

In J. Schäffers Referat über die Pathologie der Gonorrhoe in „Ergebnisse der allgemeinen Pathologie und pathologischen Anatomie der Menschen und Tiere" findet sich auch nur die Mitteilung, daß Batut und Stordeur Venenentzündungen im Anschluß an gonorrhoische Erkrankungen beobachtet haben. Schäffer giebt zwar zu, daß intensive gonorrhoische Entzündungen auch zu einer entzündlichen Erkrankung der unmittelbar in der Nachbarschaft gelegenen Venen führen können, vermutet jedoch, daß hier nicht die Gonococcen selbst schuld seien, sondern daß es sich um eine Sekundärinfektion handele, namentlich mit Rücksicht auf die Intensität der Entzündung.

Auch Wossidlo erwähnt in seinem Lehrbuche „Die Gonorrhoe der männlichen Sexualorgane" die Affektion nur kurz. Er bemerkt, daß die Erkrankung häufiger

Männer als Frauen befällt und die Venen der unteren Gliedmaßen bevorzugt.

Etwas ausführlicher wird die Affektion in Fingers „Blennorrhoe der Sexualorgane und ihre Komplikationen“ besprochen. Er führt eine große Anzahl von Autoren an, welche Fälle von Phlebitis gonorrhoica beobachtet haben, meist verbunden mit gonorrhoischen Gelenkaffektionen, scheidet aber eine ganze Anzahl derselben als zweifellos pyämischer Natur. durch Strepto- und Staphylococcen verursacht, aus. Finger stellt den Verlauf der Erkrankung folgendermaßen dar: An eine, meist recente Gonorrhoe, vorwiegend bei Männern, seltener bei Frauen, schließt sich zunächst eine Gelenkerkrankung an. Im Verlaufe der letzteren entstehen unter leichten Allgemeinerscheinungen, Übelkeit, Frösteln und Temperaturerhöhungen, Schmerzen in einer oder der anderen unteren Extremität, die sich bei Druck steigern. Die Extremität schwillt, meist vom Knöchel beginnend, nach oben ödematös an, die erkrankte Vene, meist die Vena saphena magna, bis zu ihrer Einmündung in die Vena femoralis stellt sich als derber, schmerzhafter, entzündeter Strang dar. Das Ödem ist bald weich, teigig, bald prall und hart, die Haut gewöhnlich normal. Mit der Schwellung tritt Schmerz bei Bewegungen bis zum völligen Bewegungshindernis ein. Sehr selten erkranken unter analogen Erscheinungen die Venen der oberen Gliedmaßen, die Vena humeralis, radialis und cubitalis. Der Verlauf ist ein relativ gutartiger, in leichteren Fällen tritt in 14 Tagen Besserung ein, doch sind Rezidive häufig. Selten ist Tod durch Embolie der Lunge oder des Gehirns.

Dies ist alles, was in deutschen Werken von der Phlebitis gonorrhoica erwähnt wird, und ich will nun zu einer Schilderung der Erkrankung selbst übergehen.

Was zunächst die Ätiologie anbetrifft, so ist das bei weitem häufigere Vorkommen der Erkrankung bei Männern auffallend. Von 24 Fällen, bei denen ich das Geschlecht angegeben fand, sind 18 Männer und 6 Frauen, d. h. 75 Proz. aller Fälle sind Männer. Wenn auch die Gonorrhoe beim Manne bedeutend häufiger ist, so ist doch der hohe Prozentsatz dadurch nicht allein erklärt, wir müssen vielmehr die Erklärung in dem bei weitem

anstrengenderen Beruf der Männer suchen, deren Venensystem durch die andauernde körperliche Anstrengung geschwächt und krankhaften Beeinflussungen leichter zugänglich ist. Und in der Tat finden wir, wenn wir die Berufsarten der in der Literatur bekannten Fälle daraufhin betrachten, daß es sich fast durchweg um Männer schwer arbeitender Berufsklassen handelt. Wir finden Schlächter, Faßbinder, Maurer, Kellner, Geschäftsboten, Artisten, Soldaten und Anstreicher, von denen wohl keiner, seinen Armen und Beinen besondere Ruhe zu gönnen, Gelegenheit hat. In Bezug auf das Alter sind fast sämtliche Fälle im 20.—30. Lebensjahre mit wenigen Ausnahmen. Hierin eine besondere Disposition des jugendlichen Venensystems für die gonorrhoische Infektion zu suchen, würde wohl zu weit führen. Die Gonorrhoe im 3. Lebensdezennium ist eben so überwiegend häufig, daß die Häufigkeit der Phlebitis gonorrhoica im gleichen Zeitraume nichts Auffallendes darbietet.

Die Pathogenese der Erkrankung ist noch ziemlich unklar, da anatomische Untersuchungen darüber nicht vorhanden sind. Obwohl Prof. Tédenat in Paris bei Phlebitis gonorrhoica 2mal Gonococcen in der erkrankten Vene nachgewiesen hat, über welche wichtige Frage ich leider nichts Genaueres in der Literatur finden konnte, und Wertheim in einem in vivo exstirpierten Stückchen Blasenschleimhaut bei einem ex stupro an gonorrhoischer Cystitis erkrankten 9j. Mädchen die kleinsten Venen mit Gonococcen vollgestopft fand, so ist doch in der ganzen Anzahl der übrigen Fälle wegen des gutartigen Verlaufes keine Gelegenheit zur Untersuchung gewesen und daher die Frage offen geblieben, ob es sich um wirkliche durch den Gonococcus verursachte Metastasen oder um eine Mischinfektion handelt durch die bei der Gonorrhoe vorhandenen massenhaften anderen Bakterien. Der Beginn der Venenentzündung fällt durchschnittlich 20—30 Tage nach der Infektion. Abgesehen davon, daß bei allen Fällen eine Urethritis posterior vorhanden sein muß, handelt es sich selten um eine Gonorrhoe ohne andersartige Komplikationen. Von 28 Fällen nur 4mal, Epididymitis war 5mal vorhanden, Cystitis 3mal, Prostatitis 2mal, Pleuritis 2mal, Ischias 1mal, Pyelitis 2mal. Daß die Arthritis gonorrhoica in

der großen Zahl von 14 Fällen als Komplikation vorhanden war, bietet nichts Auffallendes, da ja die Gelenke eine Lieblingsansiedlungsstelle der Gonococcen sind. 3mal wurde über polyartikuläre Schmerzen geklagt, 2mal war Monarthritis vorhanden, bei den übrigen Fällen handelte es sich um Kniegelenk, Hüftgelenk, Fuß- und Handgelenk, Ellbogen, Schulter, die Gelenke der Finger und einmal Sternoklavikulargelenk, alles Gelenke, die der Rheumatismus gonorrhoicus mit Vorliebe befällt.

Die Symptome der Phlebitis gonorrhoica sind allgemeiner und lokaler Natur. Die Störung des Allgemeinbefindens, welche mit dem Eintritt der phlebitischen Erscheinungen beginnt, kann natürlich sehr verschiedenen Grades sein und wird im wesentlichen von der Höhe des Fiebers abhängig sein und von den etwa vorhandenen anderen Komplikationen. Ist der Beginn der Erkrankung nicht von Fieber begleitet, so wird Appetit, Schlaf und Ernährungszustand ein guter sein und bleiben, treten jedoch Schüttelfröste und hohes Fieber ein, so wird unter den Zeichen der allgemeinen Infektion, wie Kopfschmerzen, Übelkeit, Erbrechen, Schlaflosigkeit u. s. w., der Allgemeinzustand schnell leiden. Die lokalen Symptome sind meist sehr charakteristisch. Als erstes tritt gewöhnlich der Schmerz auf, der entweder plötzlich mit seiner ganzen Heftigkeit an einer bestimmten Stelle einsetzt, oder sich allmählich auf einem größeren Bezirk diffus verbreitet, um erst später sich längs des Gefäßes zu lokalisieren. Nicht lange darauf beginnt das erkrankte Glied ödematös anzuschwellen und zwar entweder an der affizierten Stelle oder zunächst an einer abhängigen Stelle der betreffenden Extremität, z. B. am Knöchel oder am Handgelenk. Das Ödem ist meist als ein weiches, teigiges beschrieben worden, jedoch auch in einzelnen Fällen als ein hartes, besonders in unmittelbarer Nähe des erkrankten Gefäßes oder wenn der Erkrankungsherd tiefer, z. B. in der Wadenmuskulatur saß. Der Umfang des Ödems kann ein sehr verschiedener sein. Entweder zeigte sich nur die nächste Umgebung des Gefäßes ödematös oder die ganze Extremität oder sogar noch die daran angrenzenden Teile des Rumpfes, z. B. der Unterleib bis in Nabelhöhe. Die Haut ist meist unver-

ändert, jedoch sind einzelne Fälle beschrieben worden, bei denen längs der Gefäße blaßrosa bis hochrote und auch bläulichrote 1—3 cm breite Streifen auftraten, die in einem Falle mit Ecchymosen durchsetzt waren. Das Gefäß selbst ist, wenn das Ödem nicht zu stark ist, was in den ersten Tagen oft eintritt, als ein härtlicher, federkiel- bis kleinfingerdicker, drehrunder, von der Umgebung leicht abgrenzbarer, unter der Haut und auf dem darunter liegenden Gewebe deutlich verschieblicher, hin und wieder von knotigen Auftreibungen durchsetzter Strang zu fühlen. Der Strang hält sich selbstverständlich anatomisch genau an den Verlauf irgend einer bekannten Vene. Mitunter finden sich kollaterale Venen, als Zeichen der Obliteration des Hauptstammes, abnorm stark gefüllt und deutlich über der Haut hervorspringend. Die Dauer der Erkrankung schwankt durchschnittlich zwischen 14 Tagen und 2 Monaten, jedoch sind einzelne Fälle beschrieben, bei denen zwar Schmerzhaftigkeit und Ödem in 2 Monaten völlig geschwunden waren, die Vene aber noch obliteriert als harter Strang deutlich unter der Haut zu fühlen war.

Die Prognose ist im allgemeinen eine günstige, da die meisten Fälle in Heilung übergehen und Suppuration nie beobachtet wurde. In einem Falle mußte wegen Verjauchung des Kniegelenkes der Oberschenkel amputiert werden. Verschleppung von losgelösten Thrombusteilen tritt höchst selten ein, nur in einem Falle trat auf diese Weise Tod durch Lungenembolie ein. Rezidive sind jedoch nichts Seltenes und zwar besonders an den schon einmal befallenen Venen. Die oft nach dem akuten Stadium zurückbleibenden Stränge können noch eine Zeitlang Bewegungsbehinderungen verursachen, die jedoch nach einiger Zeit völlig verschwinden.

Die Diagnose bietet nach dem bisher Geschilderten keine besonderen Schwierigkeiten. Bei den im Anfang auftretenden Schmerzen wird es nicht immer leicht sein, gonorrhoische Nerven- oder Muskelerkrankungen auszuschließen, jedoch sichert der weitere Verlauf die Diagnose. Der harte durchzufühlende Strang, der genau dem Laufe einer Vene folgt, das begleitende Ödem, die Schmerzhaftigkeit lassen bei dem Vorhandensein einer Urethralgonorrhoe keinen Zweifel zu. Bei früher überstandenem

Rheumatismus oder Syphilis, wenn ersterer lange zurückliegt und Zeichen der letzteren nicht vorhanden sind, wird man doch bei sicherem akuten gonorrhoischen Rheumatismus die Diagnose auf Phlebitis gonorrhoica stellen können, ohne die früher überstandenen Erkrankungen heranziehen zu brauchen, besonders wenn der Nachweis der Gonococcen im Blute oder in etwaigen Gelenkergüssen gelingt. Schwierig kann unter Umständen bei entwickeltem Krankheitsbilde die Differentialdiagnose mit Lymphangitis sein, besonders wenn die Haut über den erkrankten Gefäßen die oben geschilderten roten Streifen zeigt. In einem solchen Falle müssen zunächst alle anderen Ursachen, die eine Lymphangitis erzeugen können, auszuschließen sein. Ein sehr wichtiges differentialdiagnostisches Zeichen wird das Vorhandensein schmerzhafter Drüsenschwellungen bieten, die bei der Lymphangitis konstant sind, in meinen 28 Fällen von Phlebitis gonorrhoica aber nur 2 mal in mäßigem Grade als geschwollen angegeben worden sind. Der Verlauf des harten Stranges, welcher genau dem Zuge anatomisch bekannter größerer Venen folgt, wird von großer Bedeutung sein. Ehrmann gibt als differentialdiagnostisches Moment an, daß die lymphangitischen Gefäße in bestimmter Richtung verlaufen, während die entzündeten und infiltrierten Venen mannigfache Inseln einschließen, welcher Meinung ich mich nicht anschließen kann. Bei der Phlebitis obliterans werden mitunter kollaterale Venen erweitert und unter der Haut sichtbar sein. Schließlich wird die Beschaffenheit des Stranges selbst die Differentialdiagnose erleichtern. Die erkrankte Vene wird einen bedeutend dickeren Strang bilden als das Lymphgefäß und letzteres wiederum wird eine reichlichere Anzahl kleinhöckriger Knoten aufweisen, da die Klappen in den Lymphgefäßen dichter aneinander sitzen als diejenigen in den Venen. Das Ödem wird bei der Phlebitis ein beträchtlicheres sein als bei der Lymphangitis und in manchen Fällen wird man auch die Art des Vorwärtsschreitens der Affektion, ob centripetal oder centrifugal, differentialdiagnostisch verwerten können, da sich eine Lymphangitis wohl immer centripetal vom Ort der Infektion ausbreiten wird, während dies bei der Phlebitis nicht der Fall zu sein braucht.

Die Behandlung gipfelt in sämtlichen Fällen in absoluter Ruhe des betroffenen Gliedes, welche am besten durch Lagern desselben in einer gut gepolsterten Schiene erreicht wird, verbunden mit Hochlagerung und bei einzelnen Autoren auch mit Suspension. An lokalen Mitteln wird eine große Anzahl empfohlen, die wohl alle als Heilung beförderndnd neben der Ruhe mehr oder weniger ihren Zweck erfüllen. Die einen empfehlen nichts als trockene Watteeinhüllungen mit leichter Puderung der Haut, andere Kälteapplikation, andere feuchtwarme Umschläge mit essigsaurer Tonerde und wasserdichter Überlage oder Kataplasmen, wieder andere leichte Einreibungen mit Quecksilbersalbe, Belladonnasalbe, Opium mit Öl zu gleichen Teilen und Jodpinselungen. Gewarnt wird allgemein vor brüsken Einreibungen unter starkem Druck oder gar Massage. Bei gestörtem Allgemeinbefinden hat Chininsulfat innerlich 0,5 g oder Antipyrin 3,0 g p. d. gute Dienste geleistet. Natürlich muß auf die Diät geachtet werden und durch leichte Abführmittel der Stuhlgang geregelt werden. Die Gonorrhoe selbst und die etwa vorhandenen Komplikationen werden nach den dafür geltenden Regeln behandelt.

Bezüglich der pathologischen Anatomie der Phlebitis gonorrhoica liegen keine speziellen Untersuchungen vor, da die Heilung Regel ist. Es ist auch bei der Gonorrhoe die Frage, wie schon eingangs allgemein von den infektiösen Phlebitiden bemerkt, ob die Infektion der Wandungen vom Lumen aus stattfindet, oder von den Vasa vasorum her. Bei der syphilitischen Erkrankung der Arterien glaubt O. Heubner ersteres, was auch durch Experimente von Freudweiler vermutet wurde. Möglich ist es, daß sich Gonococcen in den Vasa vasorum ansiedeln und von diesen aus zu einer Entzündung der Venenwandung führen, wie sie v. Schrötter in seiner Abhandlung über die Gefäße in „Nothnagels spezieller Pathologie und Therapie“ folgendermaßen skizziert: Die Vasa vasorum sind der Ausgangspunkt der Entzündung, es bildet sich neben der Infiltration der Wandungen eine Exsudation mit Erguß zwischen die einzelnen Schichten, welche dadurch auseinandergedrängt werden. Durch die Intravasation roter und weißer Blutkörperchen in das Gefäßlumen wird die Bildung von Thromben ver-

ursacht. Längs der in die Media vordringenden Gefäße und durch die in dieser Schicht reichlich vorhandenen Spalträume wird das Vorschreiten der Entzündung in die Tiefe ermöglicht, die elastischen Momente auseinandergeworfen und zerrissen. Die Elastica interna hält am längsten Stand, wird jedoch schließlich auch zerstört und nun steht dem Exsudat der Weg in das Gefäßlumen offen, wenn nicht der wandständige Thrombus sich entgegenstellte. Unter Organisation der Thromben mit teilweiser oder gänzlicher Obturation des Gefäßes kommt es zur Bildung von Granulationsgewebe mit Bindegewebsentwickelung und Ausheilung des Prozesses. Möglich ist es andererseits, daß die im Blutstrom schwimmenden Gonococcen sich in der Nische irgend einer Klappe fangen und so von hier, vom Lumen, der Prozeß der Venenwandentzündung entsteht. Die noch lange bestehende Verdickung der Venenwand ist die natürliche Folge dieser Prozesse. Höchst wahrscheinlich handelt es sich auch bei der Phlebitis gonorrhoica um ähnliche Vorgänge.

Die erste Veröffentlichung eines Falles von Phlebitis gonorrhoica geschah im Jahre 1868 durch Voelker in einer These, im selben Jahre veröffentlichte Empis einen Fall in der Gazette des hôpitaux. Im Jahre 1869 folgte der Fall von Fouilloux, welchen Lelong in seiner These veröffentlicht hat. 1875 machte Vidart die Erkrankung zum Gegenstand einer These. Als 5. Veröffentlichung folgte 1880 der Fall von Dr. Alex Haslund. Die von Pollard in The Lancet veröffentlichte Beobachtung fällt in das Jahr 1885, welcher 1886 die These von Martel folgte, der 3 Fälle mitteilt, außer dem eigenen den von le Roy und Lervy. Wiederum in The Lancet veröffentlichte 1886 French Banham einen Fall. 1888 erschien die These von Stratigopoulos, in der außer 2 eigenen Fällen die von Hamonic und Tédenat enthalten sind. Auf dem I. Kongreß für Dermatologie in Prag 1889 teilte Perrin einen von ihm beobachteten Fall mit. In der Presse médicale 1895 erschien der Fall von Gouget und im selben Jahre in der Berliner klinischen Wochenschrift der von Casper. Im Jahre darauf war es Espagnac, der 1896 eine

These darüber schrieb. Es folgten 1898 Monteux et Lop in der Gazette hebdomadaire, im selben Jahre stellte d'Acheux die bisher bekannten Fälle in einer These zusammen und fügte eine neue eigene Beobachtung hinzu. 1899 veröffentlicht Batut in der Gazette hebdomadaire 2 eigene Fälle und führt kurz die von Richet und Voillemier an. 1900 folgt im Progrès médicale belge Stordeur; im selben Jahre in der Zeitschrift für Geburtshülfe Wertheim. 1903 endlich lenkte Heller von neuem in einem Vortrage in der dermatologischen Gesellschaft zu Berlin die Aufmerksamkeit auf die seltene Affektion und als letzten Fall möchte ich aus demselben Jahre meine eigene Beobachtung anführen.

Es folgt nun eine kurze Wiedergabe der von mir in der Literatur gefundenen Fälle. Indem ich zunächst den von mir in der Klinik für Haut- und Geschlechtskrankheiten des Herrn Prof. Lesser zu Berlin beobachteten Fall ausführlich anführe, lasse ich die übrigen Fälle nach der Jahreszahl ihrer Veröffentlichung in der vorstehend angegebenen Reihenfolge folgen.

1. Fall. Eigene Beobachtung auf der Klinik für Haut- und Geschlechtskrankheiten des Herrn Prof. Lesser zu Berlin. 1903.

25j. Anstreicher, stammt aus gesunder Familie und ist angeblich früher nie krank gewesen, speziell hat er nie Syphilis gehabt und hat nie an rheumatischen Erkrankungen gelitten. Er ist seit 3 Jahren verheiratet und macht aus begreiflicher Scheu ungenaue Angaben über einen ungefähr Anfang April stattgehabten außerehelichen Coitus. Am 12. 4. bemerkte er zuerst gelblichen Ausfluß aus der Harnröhre und empfand heftige, schneidende Schmerzen beim Urinlassen. 10 Tage später, am 22. 4., traten Schmerzen im linken Handgelenk und im Metakarpophalangeal-Gelenk des r. Ringfingers hinzu, welche beide Gelenke 2 Tage später ödematös anschwollen und sich röteten. Am 27. 4. unter heftigen Schmerzen brettharte Anschwellung des l. Hodens, weshalb ihn der Kassenarzt zur Behandlung in die Charité schickte, wo seine Aufnahme am 2. 5. 1902 erfolgte. Er war bis zu diesem Tage außer etwas Ichthyolsalbe auf die geschwollenen Gelenke ohne Behandlung geblieben, da er die Gonorrhoe bis zum Eintritt der

Epididymitis dem Kassenarzt verheimlicht hatte. Die Aufnahmeuntersuchung des Patienten ergab folgenden Befund: Mittelgroßer, ziemlich kräftig gebauter Mann in mäßigem Ernährungszustande. Gewicht 53 kg. Aus der Harnröhre besteht ein schleimig-eitriger, gelblich-weißer Ausfluß, welcher im gefärbten Trockenpräparat reichliche Eiterkörperchen mit typischen intra- und extracellulären Gonococcenhäufchen enthält. Beide Urine sind stark trübe mit reichlichen Fäden und Bröckeln. Der l. Hoden und Nebenhoden ist über hühnereigroß, bretthart geschwollen, bei Berührungen schmerzhaft, der Samenstrang, ebenfalls schmerzhaft, führt als bleistiftdicker Strang zum äußeren Leistenring nach aufwärts. Das Karpometakarpal- und Metakarpophalangeal-Gelenk des l. Daumens ist verdickt, leicht gerötet und bei Flexionen schmerzhaft. Rechts ist das Gelenk zwischen Grund- und Mittelphalanx des Ringfingers erheblich verdickt und schmerzhaft, die Haut darüber gerötet und stark gespannt. Der ganze Finger wird in Flexionsstellung gehalten und ist wegen großer Schmerzen nicht beweglich. Das Herz liegt in normalen Dämpfungsgrenzen. Über allen Ostien, am deutlichsten über der Spitze, hört man ein gießendes, systolisches Geräusch. An der Innenfläche beider Oberarme von der Achselhöhle im sulcus bicipitalis internus bis in Höhe des Ellenbogens verlaufend, genau entsprechend dem Zuge der Vena basilica humeri, sieht man einen roten, ungefähr 1 cm breiten Streifen, der bei Druck nicht wesentlich schmerzhaft ist. Achseldrüsen kleinerbsengroß, nicht schmerzhaft, Cubitales nicht nachweisbar. Temperatur 37,3.

Diagnose: Gonorrhoea anterior et posterior acuta. Epididymitis sinistra. Arthritis gon. des l. Daumens und r. Ringfingers. Phlebitis gon. acut. venae basilicae humeri bdsts.

Behandlung: Ol. Santali 3mal tägl. 15 Tropfen.
Sol. Protargol. 0,25 : 200,0.
Dunstverband des l. Hodens, Ichthyolpackungen der affizierten Gelenke.

5. 5. 02. Die am 2. 5. beschriebenen roten Streifen am Oberarm sind in centrifugaler Richtung auf den Vorderarm übergegangen, und zwar links schräg durch

die Mitte der Ellenbeuge über den Vorderarm zum Radiokarpal-Gelenk verlaufend und hier noch ein kurzes Stück auf die Radialseite des Dorsum manus übergreifend, rechts an der Ulnarseite des Vorderarms verlaufend und auf die Ulnarseite des Dorsum manus übergreifend. Am linken Arm entspricht der Verlauf des Streifens dem Zuge der Vena mediana in der Ellenbeuge und der Cephalica antibrachii am Vorderarm, am r. Arm dem Zuge der Vena basilica antibrachii. Man fühlt unter der Haut und auf dem darunterliegenden Gewebe leicht verschiebliche, fast bleistiftdicke, hin und wieder von Knotenbildungen unterbrochene, mäßig schmerzhafte Stränge. Die Verhältnisse in den erkrankten Gelenken sind noch unverändert, man fühlt heute in denselben starke Krepitation, als ob die Gelenkflächen von Knorpel entblößt wären. 8. 5. 02. Infolge Einreibens der entzündeten Stränge mit grauer Salbe hat Patient unter Temperatursteigerung auf 38,4 ein Quecksilber-Erythem bekommen, welches beide Oberarme und einen Teil der angrenzenden Brustwand einnimmt und aus einer diffusen Scharlachröte mit eingestreuten blau-violetten Flecken besteht. 9. 5. 02. Temp. abends 38,5, das Quecksilber-Erythem besteht fort. Die phlebitischen Streifen an den Armen sind etwas zurückgegangen. Achseldrüsen nach wie vor kleinerbsengroß, nicht schmerzhaft, Cubitales nicht zu fühlen. Harnröhrenausfluß verringert, doch noch gonococcenhaltig. Urin klarer. Schwellung und Schmerzhaftigkeit in den Gelenken geht zurück. Hoden und Samenstrang weicher und dünner. Es ist Ödem beider Vorderarme und Handgelenke eingetreten. 10. 5. 02. Temp. Abends 38,0. Quecksilber-Erythem auf den Armen abgeblaßt, dagegen auf den Rücken übergegangen. 12. 5. 02. Temp. regelrecht. Erythem blaßt ab. Der rote, phlebitische Streifen ist am l. Arm nicht mehr erkennbar, am r. undeutlich. Stränge abgeschwollen, aber noch deutlich durchfühlbar, Ödem nur noch am Handgelenk. 16. 5. 02. Rote Streifen auf beiden Armen verschwunden. Stränge noch mäßig verdickt durchzufühlen, schmerzlos. Gelenkschwellungen fast völlig verschwunden. L. Hoden und Nebenhoden noch vergrößert, nicht schmerzhaft. Ödem verschwunden. 17. 5. 02. Patient wird auf seinen Wunsch, gebessert, gegen ärztlichen Rat entlassen.

2. Fall. Heller, veröffentlicht in einem Vortrage in der dermatologischen Gesellschaft zu Berlin, 1903.

30j. Regierungsbaumeister erkrankte 1897 an Lues. Die Krankheit wurde mit mehreren Kuren sachgemäß behandelt, nahm einen relativ gutartigen Verlauf und machte seit Jahren keine frischen Symptome. Im Sommer 1903 rechtsseitige Hernienoperation. Mitte August zog sich Patient eine Gonorrhoe zu, deren Behandlung sehr vernachlässigt wurde. Am 6. 10. trat er in Hellers Behandlung mit einer sehr akuten Gonorrhoea anterior et posterior, Cystitis und doppelseitiger Prostatitis. Da heftiger Harndrang bestand und ein sehr erheblicher Reizzustand des ganzen Genitalkanals, wurde Patient in die Privatklinik aufgenommen, wo er ohne lokale Behandlung mit Umschlägen, Bädern, Packungen, Diät und interner Medikation behandelt wurde, bis alle Reizerscheinungen geschwunden waren. Nach 8 Tagen wurde er entlassen und ambulatorisch mit Janets Spülungen von Kal. hypermangan. 1,0 : 4000—2000 und Argentum nitricum 0,5—1,0 : 1000 behandelt. Am 31. 10. waren alle Symptome der Gonorrhoe verschwunden, die Prostatitis scheinbar geheilt und Patient sollte seinen Dienst wieder aufnehmen. Am 1. 11. fühlte er, er hatte sich bisher sehr geschont und nur die notwendigsten Bewegungen gemacht, plötzlich einen heftigen Schmerz in der l. Wade, der sich jedoch bald wieder besserte. Am 4. 11. war etwa in der Mitte der Hinterseite des Unterschenkels noch in der Wadenmuskulatur eine 3—4 cm lange harte Stelle in der Haut und der darunter liegenden Muskelschicht zu fühlen. Patient gab an, daß die von ihm selbst vorgenommene Massage die Schmerzen verschlimmert hätte. Der Mangel jeder Schwellung des Unterschenkels, das Fehlen von Hautveränderungen legte zuerst den Gedanken an eine Myositis gon. nahe, dagegen sprach jedoch eine schmerzhafte Stelle im r. Leistenkanal, auf derselben Seite, auf der die Operation stattgefunden hatte, deren längliche Form und verhältnismäßig lange Ausdehnung die Annahme einer Lymphdrüsenerkrankung unwahrscheinlich machte. Am 7. 11. war eine wesentliche Verschlimmerung eingetreten, die Schmerzen sowie die lokale Schwellung hatten zugenommen, die ganze Extremität sowie der Fußrücken waren

ödematös, im Harn kein Albumen. Patient klagte über großes Unbehagen, jedoch war kein Fieber vorhanden. Nun war die Diagnose Phlebitis gonorrhoica Venae saphenae parvae außer Zweifel. Die Schwellung im r. Leistenkanal mußte als Phlebitis des Plexus pampiniformis gedeutet werden.

Behandlung: Hochlagerung, feuchtwarme Umschläge, vorsichtige Applikation grauer Salbe. Am 18. 11. war die zuerst erkrankte Stelle an der l. Wade gebessert, dagegen war centripetal von der zuerst erkrankten Stelle etwa 8 cm nach oben und außen eine neue phlebitische Infiltration aufgetreten. Bei derselben Behandlung schwand auch diese in 8 Tagen bei gleichzeitigem Rückgang des ersten und des im Leistenkanal gelegenen Herdes. Am 28. 11. waren alle Erscheinungen geschwunden und nur eine geringe Hautpigmentierung zeigte die erkrankte Stelle an. Patient hatte früher weder an Rheumatismus noch an Herzfehler gelitten und hatte keine Varicen.

3. Fall. Voelker. Thèse pour le doctorat en médecine. Paris 1868.

25j. Mann, der vor 2 Jahren Rheumatismus und vor einem halben Jahre Ischias durchgemacht hat, erkrankt 5 Wochen nach dem Einsetzen einer heftigen akuten Gonorrhoe an Schmerzen in beiden Hüftgelenken. Kurze Zeit darauf starkes Ödem der l. unteren Extremität vom Becken bis zum Kniegelenk. Die Vena saphena magna und femoralis als harter starker Strang fühlbar. Hohes Fieber. Nach 15 Tagen Besserung unter Neuerkrankung derselben Gefäße am r. Bein, wiederum unter hohem Fieber mit Ödem und harter Strangbildung. Die ganze Affektion war nach $1^1/_2$ Monaten geheilt.

4. Fall. M. Empis. De la phlébite rhumatismale. Gazette des hôpitaux. Oktober 1868.

29j. Frau, die mit 18 Jahren einen schweren, viele Monate währenden Rheumatismus durchgemacht hat, bemerkt seit 5 Wochen grünlich-gelben Ausfluß aus der Vagina und seit 3 Wochen wieder polyartikuläre Schmerzen. Am 12. 5., als die rheumatischen Schmerzen und der Ausfluß noch in voller Blüte standen, traten unter Schüttelfrost und Störung des allgemeinen Wohlbefindens Schmerzen in der r. Leistenbeuge auf, die sich

längs der Vena saphena magna bis zum Knie erstreckten. Man fühlte die Vene als harten schmerzhaften Strang. Zugleich trat ein weiches Ödem des ganzen Beines auf. Keine Drüsenschwellungen, keine Veränderungen der Haut. Die Schmerzen verschwanden allmählich, doch war neben geringem Ödem der harte Venenstrang noch nach 2 monatlicher Behandlung deutlich zu fühlen. Als Differentialdiagnose mit Phlegmasia alba dolens führt M. Empis an, daß letztere eine viel kompliziertere Erkrankung ist, bei welcher zwar Phlebitis nebenbei auch vorhanden, aber außerdem Zellgewebsentzündung mit hartem Ödem und weißglänzender Haut.

5. Fall. Fouilloux aus der Thèse pour le doctorat en médecine par Lelong. Paris 1869.

17j. Schlächterlehrling ging am 6. 2. dem Krankenhaus zu. Bemerkte seit 5 Tagen Kopfschmerzen, Übelkeit und Kreuzschmerzen, seit 2 Tagen Schmerzen und Schwere im l. Hoden. Befund: Temp. 38,4, Puls 100, harte Schwellung des l. Nebenhodens sehr schmerzhaft, ebenso der Samenstrang hart geschwollen und schmerzhaft. Phimosis. Harnröhrenmündung gerötet und aufgewulstet, es entleert sich aus derselben eine getrübte seröse Flüssigkeit. Es bestehen polyartikuläre Gelenkschmerzen, welche hauptsächlich in den unteren Gliedmaßen sitzen, aber auch im r. Arm. Diagnose: Epididymitis gon. sin., Arthritis gon. Behandlung: Bettruhe, Kopaivabalsam, Kubeben. Aufhängung des Hodens. 3 Blutegel längs des Samenstranges. 8. 2. Temp. 40,2, auch der r. Hoden schwillt an. Schmerzhafter Erguß im l. Kniegelenk. Am r. Arm im Verlauf der Vena humeralis roter Streifen, darunter harter, rundlicher; knotiger Strang fühlbar, der ganze Arm ödematös. 9. 2. Temp. 40,2. Patient ist in einem benommenen Zustand, Ödem des r. Armes zugenommen. Chininsulfat 0,5 g. Blasenpflaster auf das l. Knie. 11. 2. Temp. herunter gegangen. Schwellung und Rötung des Armes zurückgegangen. Epididymitis beiderseits besser. 12. 2. trotz des Ödems am r. Arm harter schmerzhafter Strang mit ab und zu hervorspringenden Knoten fühlbar. Einreibung mit Belladonnasalbe. 14. 2. Epididymitis in steter Besserung. Ödem des Armes nur noch an der Innenfläche des Oberarmes vorhanden. Auf der Haut desselben einige Ecchy-

mosen; seit heute ist das l. Bein, welches in halber Beugung und Rotation nach außen liegt, geschwollen ohne Veränderung der Haut. In der Gegend der fossa ovalis, wo sich die Vena saphena magna in die femoralis ergießt, fühlt man einen harten Strang. Auch das r. Bein ist bei Druck schmerzhaft, zeigt aber noch keine äußerlich wahrnehmbaren Veränderungen. 15. 2. Das r. Bein schmerzhafter, besonders bei Druck im Scarpaschen Dreieck. Das Tibiotarsal-Gelenk sehr empfindlich. 17. 2. Die Schwellung der Beine geht zurück. 18. 2. Ödem des Armes nur noch an einer ganz umschriebenen Stelle im sulcus bicipitalis int. Beide Venae saphenae magnae als harte Stränge zu fühlen, beide Beine vom Fußgelenk bis zur Leistenbeuge völlig ödematös. In der Leistenbeuge schmerzhafte Drüsenschwellung. 2. 3. Die Phlebitis geht zurück, Schwellung der unteren Gliedmaßen geringer. L. Knie noch stark geschwollen. 15. 3. Ödem am Arm und an beiden Beinen noch vorhanden, aber bedeutend verringert. Stränge noch fühlbar. 15. 4. Patient befindet sich in der Rekonvaleszenz, wird aber noch geraume Zeit im Krankenhaus zubringen müssen.

6. Fall. Vidart. Thèse pour le doctorat en médecine. Paris 1875.

20j. Faßbinder, aufgenommen 1. 8. Nie Rheumatismus gehabt. Seit 7 Tagen Harnröhrenausfluß und Schmerzen im l. Fußgelenk. Mäßiges Fieber, etwas Schweiße. 9. 8. Arthritis des Metakarpophalangeal-Gelenkes am r. Zeigefinger. Der Kranke empfindet Schmerzen im r. Oberschenkel längs der Vena saphena magna, besonders bei Druck; Haut unverändert, man fühlt einen harten, leicht geschlängelten Strang, die Venen in der Nähe der saphena magna stark gefüllt hervorspringen. Leistendrüsen mäßig geschwollen. 14. 8. Längs der Vena saphena vom inneren Knöchel bis hinauf zur Einmündung in die femoralis ist ein roter Streifen aufgetreten von ca. 2 cm Breite, der bei Druck sehr schmerzhaft ist. An der Einmündungsstelle in der Fossa ovalis ein haselnußgroßer Knoten. 15. 8. Roter Streifen fast verschwunden. Stränge kaum noch fühlbar. Schmerzen verschwunden. 18. 8. Von neuem Schmerzen. Die Vena saphena magna wieder als harter, schmerzhafter Strang deutlich fühlbar. Einreibung mit Quecksilbersalbe.

20. 8. Schmerzen wieder geringer. 21. 8. Von seiten der Venen nichts Krankhaftes mehr festzustellen. 25. 8. Geheilt entlassen.

7. Fall. Haslund. Rheumatismus, Pyrarthrus, Phlebitis gonorrhoischen Ursprungs. 1880.

23j. Mann, aufgenommen am 29. 11. wegen einer akuten Gonorrhoe. Nach 3 Wochen war der Ausfluß nicht mehr eitrig, als unter Temperatursteigerung bis auf 40,0 Kniegelenkerguß auftritt. Nach weiteren 10 Tagen Schmerzen in der ganzen unteren Extremität mit Ödem vom Knie bis zur Ferse. Die Vena poplitea und saphena parva als harter Strang fühlbar. Wiederum nach 2 Tagen Druckempfindlichkeit längs der Vena saphena magna am inneren Rande des Musc. sartorius, die jedoch bald wieder verschwand, ohne äußerliche Erscheinungen zu machen. Am 22. 1. mußte die Extremität wegen Verjauchung des Kniegelenkes amputiert werden. Phlebitis als Lokalisation oder Manifestation des gonorrhoischen Rheumatismus ist eine äußerst seltene Affektion.

8. Fall. Pollard. The Lancet. 30. 5. 1885.

19j. Mädchen stirbt, 36 Tage, nachdem sie eine Gonorrhoe acquiriert hatte, mit begleitenden Gelenkschmerzen im r. Knie- und Hüftgelenk, plötzlich an Embolie der Lungenarterie. Bei der Sektion zeigten sich die Vena iliaca communis, die Vena iliaca interna und die Vaginalvenen mit Gerinnseln verstopft. Im r. Hüftgelenk eitrige Massen, die Knorpel des femur und acetabulum erodiert.

9. Fall. Martel. Thèse pour le doctorat en médecine. Paris 1887.

27j. Maurer, aufgenommen 22. 6. Nie Rheumatismus oder andere Krankheiten gehabt. Seit 20 Tagen Gonorrhoe mit gelblich-weißem Ausfluß. Seit 6 Tagen Schmerzen in beiden Knien und in der l. Schulter. Bei der Aufnahme diffuse Röte längs der Vasa femoralia mit etwas Ödem und Druckschmerzhaftigkeit. Beim Befühlen harter schmerzhafter Strang im Scarpaschen Dreieck beiderseits. Behandlung: Bettruhe, Kataplasmen. 30. 6. noch Druckschmerzhaftigkeit, keine Gelenkschmerzen mehr. Ausfluß sehr gering. 10. 7. Strang nicht mehr zu fühlen, aber noch etwas schmerzhaft bei Druck. 18. 7. Geheilt entlassen.

10. Fall. Le Roy aus der Thèse pour le doctorat en médicine par Martel. Paris 1887.

21j. Kellner, aufgenommen 26. 4. Seit 4 Wochen Gonorrhoe. Seit 8 Tagen Schmerz und Schwellung des l. Knies. Früher nie an Rheumatismus oder Syphilis gelitten. Das r. Handgelenk schwillt an und wird schmerzhaft, 2 Tage darauf auch das l., Druck auf die l. Vena saphena magna stark schmerzhaft, l. Wade stark geschwollen. Die Haut gerötet, mit bläulichen Strängen durchzogen. Die oberflächlichen Venen stark erweitert. Temp. 39,3. 1. 5. Nasenbluten. Im Harnröhrenausfluß zu zweien gruppierte Diplococcen, dieselben im Blute. 4. 5. Die Wade und der Oberschenkel schwellen ab. 22. 5. Noch Erguß im l. Kniegelenk, Venen wieder regelrecht, keine Schwellungen mehr.

11. Fall. Lervy aus der Thèse pour le doctorat en médecine par Martel. Paris 1887.

21j. Mann, seit 4 Wochen Gonorrhoe, seit 2 Wochen Schmerzen im l. Kniegelenk und r. Daumen Metakarpophalangeal-Gelenk. Schwellung und Rötung des Unterschenkels linkerseits. Vena saphena parva als harter knotiger Strang fühlbar. Ausgang in völlige Heilung.

12. Fall. French Banham. On recurring venous thrombosis following chronic pyelitis of gonorrhoeal origin. The Lancet 16. 10. 1886.

34j. Mann, mit den Symptomen einer chronischen Pyelitis aufgenommen. Im Juni des vorhergehenden Jahres, also vor 16 Monaten, Gonorrhoe, begleitet von Prostatitis mit Urinverhaltung, weshalb häufiger Katheterismus mit nachfolgender Cystitis. Sehr häufige schmerzhafte Urinentleerungen mit trübem Urin. Bei seiner Aufnahme im Oktober alle Symptome von Cystitis und Prostatitis, daneben starke Schmerzen bei Druck in der r. Nierengegend. Der Urin reichlich eiterhaltig. Trotz sorgfältiger Diät und Medikation Auftreten einer Pleuritis sicca unter den Erscheinungen einer leichten Pyämie, die jedoch bald wieder verschwanden. Am 16. 1. Schüttelfrost, Temperatursteigerung über 39,0, Störung des Allgemeinbefindens und heftige Schmerzen im r. Bein. Das ganze Bein schwoll stark an und man fühlte unter der Haut im Verlaufe der Vena saphena magna von ihrem Ursprung in der Fossa ovalis bis herunter zum Knöchel

einen harten Strang. Keine Leistendrüsenschwellung. Als am 25. 1. die Erscheinungen im r. Bein sich etwas gebessert hatten, traten dieselben im l. auf mit Ödem vom Fußrücken bis zur Lende herauf. Die oberflächlichen Hautvenen, sowohl die epigastrischen wie die des Ober- und Unterschenkels, traten stark gefüllt unter der Haut hervor. Dauer des Fiebers 2 Wochen; über den weiteren Verlauf keine näheren Angaben.

13. Fall. Stratigopoulos. Thèse pour le doctorat en médecine. Montpellier 1888.

21j. Geschäftsbote von kräftiger Konstitution, vorher nie krank gewesen, weder Rheumatismus noch Syphilis noch Tuberkulose gehabt. 3. 12. 1887 eitriger Harnröhrenausfluß 5 Tage nach dem Coitus; verlief normal bis 23. 12. Am 24. 12. Beginn einer leichten Blasenhals-Cystitis. Am 27. 12. dumpfer unbestimmter Schmerz in der r. Hälfte des Unterleibes zur Leistenbeuge ausstrahlend. Längs der subkutanen Bauchvenen roter Streifen und cylindrische Verhärtung zu fühlen. 8. 1. Schmerz im Unterleib fast verschwunden, jedoch seit heute analoge Beschwerden an der Innenseite des r. Oberschenkels. Im Verlaufe der Vena saphena magna fühlt man eine cylindrische, hin und wieder von Knoten unterbrochene Strangbildung, die bei Druck sehr schmerzhaft ist. Auf der Haut ist der Strang durch einen roten Streifen gekennzeichnet. Behandlung: Kataplasmen, Quecksilbersalbe. Der Schmerz blieb bis 2. 2. bestehen. Unter Antipyrin tägl. 3 g trat schnelle Besserung ein, sodaß am 15. 2. die phlebitischen Erscheinungen völlig verschwunden waren. Am 8. 3. auch die Gonorrhoe geheilt.

14. Fall. Stratigopoulos. Siehe vorigen Fall.

28j. Dienerin, von zartem Körperbau, ohne Zeichen von Syphilis oder überstandenem Rheumatismus. Aufgenommen am 5. 1. 1887 wegen einer seit 5 Wochen bestehenden linksseitigen Kniegelenksentzündung. Reichlicher Scheidenausfluß, in welchem Gonococcen enthalten sind. 7. 1. ziehende Schmerzen im r. Oberschenkel. 8. 1. die Vena saphena magna dextra als harter Strang von eindrückbarer teigiger Konsistenz fühlbar. Bei Druck schmerzhaft. Unter Watteeinhüllungen sehr langsames Zurückgehen der Schmerzhaftigkeit. Am 20. 3. noch

die harten Stränge fühlbar. Das Knie verheilt aber ankylotisch in guter Stellung.

15. Fall. Tédenat. Aus derselben These wie 13. und 14. Fall.

24j. Artist von kräftigem Körperbau. Früher nie krank gewesen. Am 25. Tage einer mittelstarken Gonorrhoe Epididymitis dextra, welche schnell in Heilung übergeht. Am 30. 12. lebhafter Schmerz etwas oberhalb der Mitte des r. Oberschenkels, welcher in den Unterleib ausstrahlt. Der stärkste Schmerz ist längs der subkutanen Bauchvene, welche sich als harter Strang darstellt, deutlich sicht- und fühlbar, mit geröteter Haut. Am 15. 1. waren die Erscheinungen unter Bettruhe, Kataplasmen und Abführmitteln fast völlig geschwunden, auch der Ausfluß ließ nach. Nach einem Exceß in Alkohol am 2. 2. wieder reichlicher Ausfluß und am 5. 2. neuer Phlebitisanfall in derselben schon früher befallenen Vene. Gleichzeitig Schwellung des r. Kniegelenkes. Am 20. 2. unter geringen Dosen von Chininsulfat, 0,5, wieder alle Erscheinungen verschwunden.

16. Fall. Hamonic. Aus derselben These wie die 3 vorigen Fälle.

24j. Mann, aufgenommen am 3. 11. 1886. Seit 8 Tagen Gonorrhoe mit lebhaften Schmerzen und reichlichem Ausfluß, in welchem massenhaft Gonococcen. Bisher nie rheumatisch gewesen. 12. 11. Fieber, Erbrechen. 15. 11. heftige Schmerzen im r. Bein, welches ödematös ist, im besonderen an den Knöcheln. Der Schmerz ist mehr diffus, doch am stärksten an der Innen- und Vorderseite des Oberschenkels. Die Vena saphena magna bildet einen harten Strang, welcher sich vom inneren Knöchel bis zur Leistenbeuge verfolgen läßt. Keine Gelenkschmerzen. Diagnose: Phlebitis gonorrhoica Venae saphenae magnae dextrae. Behandlung: Watteeinhüllung. Einreibung mit gleichen Teilen Öl und Opium. 22. 11. Schmerzen und Ödem geringer. Kein Fieber mehr. Strang der Vene nicht mehr so dick. 28. 11. Strang nicht mehr zu fühlen. Allgemeines Wohlbefinden. 5. 12. kein Ausfluß mehr. 13. 12. nach Excessen in baccho et venere wieder grünlichgelber Ausfluß. 24. 12. Ausfluß wieder verschwunden. 3. 1. nach abermaligen Excessen wieder eitriger Ausfluß mit reichlichen Gonococcen.

Fieber, Erbrechen. 5. 1. unter starker ödematöser Schwellung von neuem Vena saphena magna dextra als harter knotiger Strang zu fühlen. 10. 1. Besserung der Schmerzen und des Ödems. 20. 1. Ödem nur noch gering. Venen noch als harter Strang fühlbar. 30. 1. völlig geheilt. 14. 3. Heilung hält an.

17. Fall. Perrin. I. Kongreß der Dermatologie. Prag 1889.

Ein mit Schmerzen im Sternoclaviculargelenk und kurze Zeit darauf an Pleuritis erkrankter Gonorrhoiker bekommt beiderseitige Phlebitis der Venae saphenae magnae mit Ausgang in völlige Heilung.

18. Fall. Gouget. Presse médicale 1895.

19j. Dienerin, aufgenommen am 23. 9. Seit 2 Tagen Schmerzen im l. Schulter- und Ellbogengelenk. Früher nie Rheumatismus gehabt oder sonst krank gewesen. Mit 16 Jahren normale Entbindung. Schon lange fluor albus, seit einigen Tagen grünlicher Ausfluß. Temp. 38,2. Vaginalspülungen mit Kal. hypermangan. Watteeinhüllungen der Gelenke. Am 24. 9. auch Schmerzen im r. Knie- und Fußgelenk. Keines der schmerzhaften Gelenke zeigt Schwellung oder Rötung. Einige Tage darauf Schmerzen im l. Schulter- und Ellbogengelenk. Temp. 38,0. Anfang Oktober Gelenkschmerzen besser, Temp. regelrecht. 9. 10, als die Kranke aufsteht, stellt sich unter Störung des Allgemeinbefindens und Temperaturanstieg bis auf 38,0 Schmerzhaftigkeit und Hitzegefühl an der Vorderfläche des r. Oberschenkels ein. Man sieht einen roten Streifen, welcher im oberen Drittel des Oberschenkels beginnt, etwas innerhalb von der Mittellinie und schräg nach unten und hinten verläuft bis ein wenig oberhalb des Condylus int. femuris. Unter diesem Streifen ein drehrunder Strang fühlbar, der bei Druck sehr schmerzhaft ist. Keine Spur von Ödem. 11. 10. Temp. fällt. Roter Streifen blaßt ab, der Strang unverändert. Nach unten um einige cm tiefer bis hinter den Condylus int. fortgeschritten. 12. 10. Der rote Streifen und unter ihm der harte Strang sind noch weiter abwärts vorgeschritten bis zur Höhe der Patte d'oie. 17. 10. In der Richtung von oben nach unten schwindet allmählich der rote Streifen, die Schmerzhaftigkeit und die Verhärtung der Vene.

19. Fall. Casper. Phlebitis paraprostatica. Berliner klinische Wochenschrift 1895. No. 21.

Die Erkrankung tritt unter dem Bilde der Pyämie auf unter Schüttelfrösten und Temperaturen bis 41,0 mit Abfall am selben Tage. Bei der großen Seltenheit der Erkrankung ist es von Wichtigkeit, die Differentialdiagnose zwischen der Phlebitis paraprostatica einerseits und dem Prostataabsceß resp. Phlegmone periprostatica zu kennen. Bei dem einfachen Prostataabsceß fühlt der Finger eine kugelige Hervorwölbung, die sich nach allen Seiten scharf abgrenzen läßt, teigig, hin und wieder fluktuierend. Die Mastdarmwand ist über der Geschwulst deutlich verschieblich. Bei der periprostatischen Phlegmone ist die Geschwulst nicht deutlich abgrenzbar, hat eine mehr harte schwielenartige Konsistenz und ist mit der Mastdarmwand eng verklebt, sodaß sie auf dem Tumor nicht verschieblich. Bei der Phlebitis des Plexus periprostaticus endlich fühlt man im Mastdarm eine ungleichmäßig höckrige Geschwulst, die den Eindruck eines aus vielen dicken Strängen bestehenden Paketes macht. Die Prognose ist meist schlecht.

20. Fall. Espagnac. Thèse pour le doctorat en médecine. Paris 1896.

Dienerin, ohne Altersangabe. Aufgenommen 13. 11. 1894. Intensive Vaginitis mit reichlichen Gonococcen. Bis 28. 11. unter Spülungen mit Kal. hypermang. normaler Verlauf und Besserung des Ausflusses. Am 2. 12. heftiger Schmerz im r. Oberschenkel. Erst 3 Tage später Schwellung und harter Strang längs der Vena saphena magna in der oberen Hälfte des r. Oberschenkels. In den ersten 8 Tagen allmähliche Zunahme des Ödems, dann allmählicher Rückgang, bis es nach 30 Tagen völlig verschwunden ist. Der Venenstrang bildete sich bedeutend langsamer zurück und war noch lange Zeit deutlich fühlbar. Behandlung bestand nur in trockener Watteeinhüllung mit Puderung der Haut.

21. Fall. Monteux et Lop. Phlébite blennorrhagique. Gazette hebdomadaire. No. 36, 1898.

20j. junger Mann, im März 97 an Gonorrhoe erkrankt. Vorher nie krank gewesen. Am 15. Tage der Gonorrhoe Beginn einer Arthritis im r. Fußgelenk, welche erst nach 7monatiger Dauer mit leichter Ankylosierung

heilte. 21 Tage nach Beginn des Harnröhrenausflusses treten unter Schüttelfrost und Temperatursteigerung auf 38,4 Schmerzen in der r. Leistenbeuge und im Scarpaschen Dreieck auf, die nachts auf den ganzen Oberschenkel übergehen. Am nächsten Morgen starkes Ödem und Druckschmerzhaftigkeit des r. Beines. An der Vorderfläche des Oberschenkels, von der Fossa ovalis schräg nach unten innen verlaufend, und am Unterschenkel an dessen Innenseite ein roter Streifen, unter dem ein harter schmerzhafter Strang zu fühlen ist. Am Abend ist das Ödem so stark, daß der Strang nicht mehr durchfühlbar. Am 3. Tage der Affektion bilden sich als Zeichen der verstopften Vena saphena magna kollaterale Venen aus, die deutlich erweitert unter der Haut sichtbar sind. Das Ödem blieb 12 Tage auf der Höhe, ging dann allmählich zurück, um dann am 25. Tage gänzlich zu verschwinden. Nach 5 Wochen war Patient geheilt, doch war die Vene noch immer als harter Strang fühlbar.

22. Fall. d'Acheux. Thèse pour le doctorat en médecine. Paris 1898.

19j. Dienerin, stets gesund gewesen, nie Rheumatismus gehabt. Am 17. 3. 98 heftige Schmerzen im l. Fußgelenk, welche sie zwangen, die Arbeit aufzugeben und sich zu Bett zu legen. Am 28. 3. Aufnahme in das Krankenhaus. Befund: Schmerzhafte Schwellung des l. Fußes von der Zehenwurzel bis handbreit oberhalb der Knöchel. Bewegungen im Tibiotarsal-Gelenk und Metatarsal-Gelenk in ganz geringem Grade möglich, jedoch äußerst schmerzhaft. Bei Untersuchung mit dem Speculum zeigt sich geringe Vulvitis, reichlicher eitriger Vaginalausfluß von grüngelber Farbe. Portio vaginalis uteri entzündet, ebenso Orificium urethrae entzündet. Schmerzen und Brennen beim Urinlassen. Diagnose: Gonorrhoea acuta. Arthritis gon. des l. Fußes. Behandlung: Spülungen mit Kal. hypermang. Am 4. 4. beginnt Patientin über Schmerzen im Schenkel und l. Bein zu klagen. Die Untersuchung dieser Gegend zeigt einen roten Streifen längs der Vena saphena magna. Ödem des ganzen Beines, bei Druck schmerzhaft. Da keine anderen Erkrankungen vorhergegangen sind und zur Zeit keine andere Infektion als die gonorrhoische besteht, wird die Diagnose auf Phlebitis gonorrhoica ge-

stellt. Behandlung: Opiumapplikation auf den Schenkel. 9. 4. Ödem zugenommen, Allgemeinbefinden gut, kein Fieber. Wattierte Schiene. 15. 4. Schmerzen geringer, unter absoluter Ruhe bleibt der Verband liegen. 21. 4. Patientin versucht aufzustehen, muß sich aber sogleich wieder wegen starker schmerzhafter bläulicher Schwellung des Beines niederlegen. 5. 5. Schmerzen nur noch ganz gering, beim Aufstehen noch mäßige Schwellung. 28. 5. geheilt entlassen.

23. Fall. Batut. Phlébite blennorrhagique, gangrène partielle du gland, du corps caverneux et de l'urèthre. Gazette hebdomadaire 1900.

23j. Kanonier. 15. 12. Auftreten von Schmerzen in beiden Kniegelenken. Als er gebessert sich gerade erhoben hatte, heftige Schmerzen in der r. Wade. Roter Streifen und harter Strang längs der Vena saphena parva und Anschwellung des ganzen Unterschenkels. 8 Tage später trat auf dem Penis ein 3—4 cm langer Fleck auf, in den ein Arzt ohne Erfolg 2 Einschnitte machte. Nach weiteren 8 Tagen komplette Gangrän des hinteren Drittels der Eichel mit dem Bändchen und des vordersten Harnröhrenstückes in einer Länge von 4 bis 5 cm. Es entsteht eine profuse Blutung aus den angefressenen Corpora cavernosa. Zur Erleichterung des Urinlassens wird ein Dauerkatheter eingelegt. Nach einigen Tagen Cystitis mit trübem Urin und häufigem schmerzhaften Harndrang. Früher nie syphilitisch, rheumatisch, auch nicht tuberkulös gewesen. Behandlung: Sublimatdesinfektion der ganzen Gegend, Ausspülung der Blase mit Kal. hypermang. 1,0 : 2000,0. Trockener Streupulververband. Am 15. 3. Wunde vernarbt. Durch narbige Retraktion ist die Harnröhrenmündung so verzogen, daß das Urinlassen erschwert, daher blutige Erweiterung derselben und gute Heilung. Patient hatte vor 18 Monaten eine Gonorrhoe acquiriert, die vernachlässigt wurde und bis zum Auftreten der Gelenkschmerzen blühte mit massenhaften Gonococcen im Eiter. Batut resumiert folgendermaßen: Virulente Gonorrhoe, Arthritis gon., Phlebitis gonorrhoica Venae saphenae parvae, Embolia gon. Venae corp. cavernos., sekundäre Gangrän.

24. Fall. Batut. Siehe vorigen Fall.

Offizier erkrankt 10 Tage nach dem Auftreten eines eitrigen Harnröhrenausflusses nach einem längeren Ritt an Ischias sinistra. Nach 3 Wochen Epididymitis dextra und funiculitis. Nach weiteren 5 Tagen schmerzhafte mit Ödem einhergehende Strangbildung am Unterschenkel im Zuge der Vena saphena parva. Unter Bettruhe und Belladonnasalbe nach 4 Wochen völlige Heilung. Keine Gelenkschmerzen. Patient früher nie syphilitisch oder rheumatisch gewesen.

25. Fall. Richet, erwähnt bei Batut, siehe No. 23.

Bei einem ohne nähere Angabe des Grundes zur Sektion gekommenen Gonorrhoiker fand sich die Vena cava mit Gerinnseln verstopft, welche sich bis in die Plexus vesicalis und prostaticus fortsetzten.

26. Fall. Voillemier, erwähnt bei Batut, siehe No. 23.

Bei einem ebenfalls ohne nähere Angaben zur Sektion gekommenen Gonorrhoiker wurde in vivo dauernde Erektion beobachtet. Bei der Sektion fanden sich die Vena cava, die Venae vesicae und die Vena dorsalis penis mit Gerinnseln zugestopft.

27. Fall. Stordeur. Un cas de Phlébite blennorrhagique. Progrès médicale belge. 15. 6. 1900.

19j. Mann bekommt 4 Wochen nach dem Beginne einer Gonorrhoe eine heftige Epididymitis. Unmittelbar im Anschluß daran Schmerzen im r. Oberschenkel längs der Vena saphena magna, mit beträchtlichem Ödem einhergehend. Die Schmerzen und das Ödem verschwanden allmählich. Die Affektion war nach 6 Wochen völlig geheilt.

28. Fall. Wertheim. Über Cystitis gonorrhoica. Zeitschrift für Geburtshilfe und Gynäkologie. Band 35.

Bei einem ex stupro an gonorrhoischer Cystitis erkrankten 9j. Mädchen exstirpierte W. in vivo ein minimales Stückchen Blasenschleimhaut. Er fand die Kapillaren und kleinsten venösen Gefäße teils mit schlecht erhaltenen sog. Involutionsformen, teils mit charakteristischen, scharf tingierten Gonococcen erfüllt, die stellenweise wandständig waren, stellenweise aber das Lumen ganz ausfüllten. Die Arterien waren völlig frei. Es bestanden gonorrhoische Gelenkmetastasen, nämlich Ver-

eiterung beider Ellbogengelenke. Wertheim bezeichnet den Prozeß als Thrombo-Phlebitis gonorrhoica, direkt durch Einbruch der Gonococcen in die Blutgefäße verursacht, nicht erst auf dem Wege der Lymphbahn in das Blut indirekt gelangt. Hierfür sprechen seine Präparate, wo zwar eine solche Durchbruchstelle nicht zu finden war, aber die Arterien völlig frei waren und es auch gezwungen wäre, die Anwesenheit der Gonococcen in den Venen der Blasenschleimhaut so zu erklären, daß dieselben den weiten Umweg durch die Lymphbahnen genommen hätten, um wieder zu dem primären Herde zurückzukehren.

Wenn ich nun zum Schluß die aufgeführten Fälle epikritisch betrachte, so möchte ich von den 28 Fällen nur 16 als absolut einwandfrei bezeichnen, da bei diesen in der Anamnese keine rheumatische, keine luetische oder sonstige überstandene Infektion, die Phlebitiden nach sich ziehen könnte, angeführt ist, und die Phlebitis bei jungen kräftigen Leuten mit völlig intaktem Venensystem im Anschluß an eine akute Gonorrhoe als einzige und erste Erkrankung aufgetreten ist. In zwei Fällen sind schwere rheumatische Erkrankungen von monatelanger Dauer voraufgegangen, sodaß bei diesen der rheumatische Ursprung nicht ganz von der Hand zu weisen ist. In 2 Fällen bestand eitrige Prostatitis, in einem eitrige Pleuritis, in einem eitrige Kniegelenksentzündung, bei denen allen ein pyämischer Ursprung der Phlebitis nicht ganz unwahrscheinlich ist. Was meine eigene Beobachtung anbetrifft, so wurde der Fall bald nach Beginn der Affektion von Herrn Prof. Lesser selbst in einer Sitzung der Berliner dermatologischen Gesellschaft als Fall von Lymphangitis gonorrhoica vorgestellt. Im Laufe der späteren Beobachtung jedoch wurde die Diagnose in Phlebitis gonorrhoica geändert, da die oben angeführten differentialdiagnostischen Momente keine andere Diagnose zuließen. Der Verlauf der Stränge, welcher anatomisch genau dem Zuge der genannten Venen entsprach, das Fehlen erheblicherer Drüsenschwellungen, das starke Ödem, die Beschaffenheit der Stränge selbst in Bezug auf Dicke und Knotenbildung, allenfalls auch die centrifugale Ausbreitung lassen einen Irrtum

an der Diagnose Phlebitis gonorrhoica nicht zu. Die Lues in der Anamnese des Hellerschen Falles, welche seit 6 Jahren nicht die geringsten Erscheinungen gemacht hatte, möchte ich für die eingetretene Phlebitis nicht verantwortlich machen, wo doch dieselbe im Anschluß an eine sehr akute Gonorrhoe auftrat, mit deren Heilung wieder verschwand.

Obwohl nun keine pathologisch-anatomischen Beweise vorhanden sind, so glaube ich dennoch, daß nach dem im vorstehenden geschilderten klinischen Bilde an einer Phlebitis gonorrhoica nicht gezweifelt werden kann.

Es ist mir eine angenehme Pflicht, an dieser Stelle Herrn Prof. Lesser für die gütige Anregung zu dieser Arbeit und für die Überlassung des Materials, sowie Herrn Dr. Erich Hoffmann, Stabsarzt d. L., wissenschaftlichem Assistenten der Königlichen Universitätsklinik für Hautkrankheiten, für die freundlichen Ratschläge und die Unterstützung bei der Ausführung meinen Dank auszusprechen. Herrn Privatdocent Dr. Heller, Charlottenburg, danke ich, daß er mir in liebenswürdiger Weise Einsicht in das Manuskript seines Vortrages gewährt hat.

Literatur.

J. Heller: Phlebitis gonorrhoica. Manuskript eines Vortrages in der dermatologischen Gesellschaft zu Berlin 1903.

E. d'Acheux: La Phlébite blennorrhagique. Thèse pour le doctorat en médecine, Paris 1898.

Dr. Erich Hoffmann: Über strangförmige Phlebitis im Frühstadium der Syphilis. Dermatol. Zeitschrift Band X Heft 5.

J. Schäffer: Pathologie der Gonorrhoe. Referat in „Ergebnisse der allgemeinen Pathologie und pathologischen Anatomie des Menschen und der Tiere".

v. Schrötter: Erkrankungen der Gefäße, in Nothnagels Sammelwerk „Spezielle Pathologie und Therapie".

Casper: Lehrbuch der Urologie.

Wossidlo: Die Gonorrhoe der männlichen Sexualorgane.

Finger: Die Blennorrhoe der Sexualorgane und ihre Komplikationen.

Thesen.

I.

Die Ausbildung von freiwilligen Sanitätskolonnen ist im Interesse der Gemeinde von ebenso großer Wichtigkeit als im Interesse des Staates.

II.

Die Anstellung von Zahnärzten in der Armee ist ein unbedingtes Erfordernis.

III.

Schwere Blutungen im Verlauf der Gonorrhoe stammen nicht selten aus der Prostata.

Lebenslauf.

Verfasser vorliegender Arbeit, Friedrich Wilhelm Sasserath, evangelischer Konfession, wurde am 5. 9. 1876 zu Berlin als Sohn des Kaufmanns Albert Sasserath und seiner Ehefrau Anna geb. Heylandt geboren.

Seine Schulbildung erhielt er auf dem Köllnischen Gymnasium dieser Stadt, welches er mit dem Zeugnis der Reife Ostern 1896 verließ.

Darauf wurde er bei der medizinischen Fakultät der Christian-Albrechts-Universität zu Kiel immatrikuliert und Oktober 1896 an der Kaiser Wilhelms-Akademie für das militärärztliche Bildungswesen. Im Sommerhalbjahr 1897 diente er beim Garde-Füsilier-Regiment $^1/_2$ Jahr mit der Waffe. Juli 1898 bestand er die ärztliche Vorprüfung mit dem Prädikat „gut“ und wurde am 15. 2. 1901 zum Unterarzt im Ulanen-Regiment 3 ernannt. Bis 1. Oktober 1901 war er als Unterarzt in der Charité praktisch beschäftigt und erhielt Mai 1902 die Approbation als Arzt, nachdem er die ärztliche Staatsprüfung mit dem Prädikat „gut“ bestanden hatte. Am 18. 8. 1902 wurde er zum Assistenzarzt im Ulanen-Regiment 3 befördert, in welcher Stellung er sich jetzt noch befindet.

Während seiner Studienzeit besuchte er die Vorlesungen und Übungen folgender Herren:

v. Bergmann, Brieger, Engelmann, Engler, E. Fischer, Flemming, Fraenkel, Frey, Gerhardt (†), Goldscheider, Gurlt (†), Gusserow, Hertwig, Heubner, Hildebrandt, Jolly (†), Jürgens (†), R. Köhler, König, Lesser, v. Leyden, Liebreich, v. Michel, Olshausen, Rubner, Salkowski, Schulze, Schwendener, Schweninger, Sonnenburg, Graf von Spee, Straßmann, Thierfelder, Trautmann (†), H. Virchow, R. Virchow (†), Waldeyer, Warburg.

Allen diesen hochverehrten Herren Lehrern spricht der Verfasser an dieser Stelle seinen herzlichsten Dank aus für das Wohlwollen, welches sie ihm jederzeit entgegengebracht haben.